

※事業所経由で提出して下さい。

※卒煙達成補助金申請書と一緒に提出して下さい。

※支援者に確認をさせていただく場合があります。

※証明するためには、禁煙外来終了後、3ヶ月以上禁煙が継続（卒煙）していることの確認が必要です。

常務理事	事務長	担当者

----- ※破線より上は健保記入 -----

## 卒 煙 達 成 証 明 書

\_\_\_\_\_さんは、禁煙外来の終了証明日から現在まで  
3ヶ月以上禁煙が継続しており、卒煙達成を証明致します。

(禁煙外来の終了証明日 : 年 月 日)

※「禁煙外来終了証明書」に記載された日付を転記して下さい。

年 月 日

支援者

\_\_\_\_\_ (印)

※支援者（原則「禁煙宣言書」に署名した方）に、署名・捺印をもらってください。

※事情によっては、本人と普段から接する機会の多い、職場の上司・同僚・医療スタッフ・ご家族でも可とします。